

525
FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Gérard DESFARGES

Né à Dunkerque, le 31 Mai 1891,
Interne de Saint-Lazare.

LES PYODERMITES

ET

LEURS TRAITEMENTS

Président : M. PAUL CARNOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

—
1920

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Gérard DESFARGES

Né à Dunkerque, le 31 Mai 1891,
Interne de Saint-Lazare.

LES PYODERMITES

ET

LEURS TRAITEMENTS

Président : M. PAUL CARNOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET
PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVAUSSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

MÈS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

Bien faible témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour les conseils amicaux qu'il nous a prodigués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

*Pour toute la sympathie qu'il n'a cessé
de nous témoigner et pour le grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. le Docteur CLAISSE, Hôpital de la Pitié, 1909.

le Docteur MOUTARD-MARTIN, Hôpital de la Charité, 1910.

le Professeur CUNÉO, Hôpital St-Louis, 1911.

le Docteur MOUCHET, Hôpital St-Louis, 1911.

le Professeur PAUL TEISSIER, Hôp. Cl. Bernard, 1911.

le Docteur QUEYRAT, externat, Hôpital Ricord, 1911-1912.

le Docteur REYNIER (in memoriam), externat, Hôpital Lariboisière, 1912-1913.

le Docteur CHIFOLIAU, Hôp. Lariboisière, 1912-1913.

le Docteur BOUFFE DE ST BLAISE, Hôp. Tenon, 1913.

le Professeur PAUL CARNOT, externat, Hôpital Tenon, 1913-1914.

le Docteur BAUDET, externat, Hôpital St-Louis, 1914.

le Docteur MILIAN, externat, Hôp. St-Louis, 1919-1920.

A M. le Docteur BIZARD

Dont nous avons l'honneur d'être l'interniste et qui a bien voulu nous permettre de poursuivre nos essais thérapeutiques.

INTRODUCTION

Si la consultation et les services de l'hôpital St-Louis sont déjà, ainsi que la prison St-Lazare très amplement pourvus de pyodermites, nous avons eu pendant la guerre, soit au front, soit durant notre longue captivité (Camp I. Münster en Westphalie) ou notre séjour dans les services spéciaux (Hôpital militaire Rollin et Sous-centre de dermatologie de la Région du Nord à Amiens), l'occasion maintes fois répétée d'observer ces affections cutanées.

Nous avons pu constater les erreurs de diagnostic qu'elles entraînent fréquemment, et nous avons vu au cas où elles étaient étiquetées comme il convient des traitements aussi variés qu'inattendus, ayant eu le plus souvent pour résultat la longue immobilisation de militaires dans des hôpitaux déjà très encombrés.

Aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être intéressant et utile de grouper nos connaissances sur cette question et d'étudier les moyens thérapeutiques dont nous disposons pour combattre efficacement ces lésions qui tiennent une si grande place en dermatologie et

qui correctement soignées doivent évoluer rapidement vers la guérison.

De plus, quelques observations publiées en Angleterre nous ont incité à essayer le manganèse colloïdal comme agent thérapeutique des pyodermites, et nous avons collationné ici les premiers résultats de notre expérimentation.

Que notre vénéré maître, M. le Docteur Darier veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de toute notre respectueuse affection.



DÉFINITION DES PYODERMITES

Sous le nom très compréhensif et un peu conventionnel de pyodermites, il faut grouper les dermatoses infectieuses aiguës, qui primitives, surviennent d'emblée en peau saine et ont pour agent causal les microbes habituels de la suppuration ou pyocoques.

Ces lésions sont constituées par un élément éruptif : la pustule, soulèvement épidermique contenant un liquide purulent.

La cavité renfermant le pus peut être de siège histologique variable : se trouver dans l'épiderme, le derme ou le follicule, offrant alors des modalités cliniques diverses dont les types seront réalisés par l'impétigo, l'ecthyma et des folliculites.

En résumé, les pyodermites comprennent l'ensemble de réactions inflammatoires de la peau à l'égard des agents infectieux, quelle que soit l'infection première.

Cette dénomination de pyodermite nous paraît préférable à une terminologie abondante et confuse qui, pour des localisations différentes d'affections identiques nous offre : soit l'impétigo de Tilbury Fox, l'ecthyma, les

lymphangites réticulaires, l'érysipèle, les ulcères de jambe (streptococcies), soit l'impétigo de Bockhardt, les folliculites et périfolliculites, le sycosis, le furoncle, l'anthrax, les hidrosadénites (staphylococcies), soit l'impétigo vulgaire et l'echtyma superficiel (association de streptocoques et de staphylocoques).



ETIOLOGIE

Même sur une peau saine et minutieusement entretenue, les microbes vivent en foule, et Remlinger a pu évaluer à un milliard deux cents millions le nombre de microbes perdus par le corps humain dans un seul bain de propreté.

Normalement, l'épiderme corné constitue un vernis protecteur de l'infection et les microbes qui pullulent sur la peau n'attendent que de trouver le « locus minoris resistentiæ » pour produire la lésion cutanée. Les orifices pilaires sont déjà autant de points faibles par où vont pénétrer les pyocoques, déterminant par exemple les pustules ostio-folliculites de l'impétigo de Bokhardt, mais la moindre solution de continuité produite dans la couche protectrice permettra plus aisément encore le développement de l'infection. On peut donc dire, qu'*auto-inoculables, les pyodermites sont de cause externe.*

Et, au premier plan des causes déterminantes, il faut placer les deux affections parasitaires les plus communes : les phthiriasés avérées ou frustres de la tête (*pediculus capitis*), inguinale (*phthirus inguinalis*) ou des vêtements (*pediculus corporis*) et la gale,

On conçoit aisément le mécanisme : les morsures, les sillons, les lésions de grattage causées par le prurit sont autant d'excoriations épidermiques, points de départ vrais de la pyococcie.

De même, l'éraflure par le rasoir et l'égratignure accidentelle, parfois le simple trauma pourront mettre une peau absolument saine aux prises avec l'infection.

On trouvera quelquefois comme porte d'entrée les lésions de l'élimination cutanée médicamenteuse ou d'auto-intoxication, ou bien une irritation par l'eau savonneuse et les alcalis entraînant les dermites artificielles si favorables à l'impétigo de Bockhardt.

Dans d'autres cas, la profession joue un grand rôle ; on connaît les furoncles professionnels des chiffonniers, des raffineurs et des mécaniciens, les tournioles ou « mal blanc » des couturières, les folliculites suivant les manipulations de produits chimiques et gras (benzine, huiles de graissage, etc.), sans que l'on puisse déterminer exactement si ces corps sont eux-mêmes pyogénétiques ou s'ils servent simplement de collaborateurs aux agents septiques.

Les régions du corps, glabres ou velues, sont touchées, mais c'est surtout dans les cheveux, au pubis et aux aisselles que s'observent les désordres les plus graves ; ces parties du corps étant plus négligées, se laissent envahir par la malpropreté et sont les hôtes habituels des parasites.

Si les pyodermites n'ont pas de prédilection-sexe (peut-être, les hidrosadénites s'observent-elles plus fréquemment chez la femme), il semble qu'il y ait pré-

dilection de certaines formes pour certains âges : l'impétigo s'observe surtout dans l'enfance et dans la première moitié de la vie, et le sycosis ne se voit guère que chez l'adulte.

Les pyodermites peuvent survenir chez n'importe quel individu, mais il existe incontestablement un terrain où ces affections persisteront davantage, et on les rencontrera particulièrement chez des personnes à peau fine ou chez les lymphatiques, les amaigris, les cachectiques, les prétuberculeux, les scrofuleux, et dans certains cas de diathèse arthritique, comme chez les gouteux, ou de troubles de la nutrition, comme la phosphaturie et la glycosurie. La gravité des furoncles chez les diabétiques est d'ailleurs telle qu'il est classique d'examiner les urines de tout furonculaire.

De plus, les secousses nerveuses et l'intoxication alcoolique ont pu être relevées comme facteurs.

Mais il ne faut pas croire, parce qu'on a vu des pyodermites chez certains de ces sujets à l'aspect misérable, tristes, apathiques, pâles, aux chairs flasques, à la peau sèche et écailleuse, présentant des troubles digestifs, que ces états soient la cause vraie du mal : ils n'interviennent que comme cause secondaire.

Les pyodermites s'observent chez le nourrisson où il faut incriminer la macération de la peau dans les excréta. Elles sont extrêmement abondantes chez les enfants de 2 à 7 ans abandonnés dans leur saleté, et qui ont l'habitude de se mettre les doigts crasseux dans le nez et dans la bouche ; chez les écoliers habituellement malpropres et pouilleux et qui, aussi bien à l'école que

dans la famille, sont privés de soins attentifs et éclairés.

La prostituée de bas étage, les vagabonds, qui ignorent ou négligent les soins élémentaires de propreté et d'hygiène, se voient atteints du même mal.

Le port du faux col chez l'homme entraîne souvent des furoncles de la nuque, mais à la caserne, à côté de cette localisation, on remarque les pyodermites interscapulaires, par frottement du sac ou de l'équipement, et le furoncle du cavalier siégeant généralement, à la fourchette, aux fesses ou à la face interne des cuisses, et dont l'origine peut être rapportée au frottement du pantalon et de la selle. Chez le fantassin, on voit surtout l'echtyma dont le lieu d'élection est alors aux jambes, par compression des bandes molletières et au tendon d'Achille où appuie le contrefort du brodequin. Ces deux dernières localisations montrent l'important rôle de la déclivité et de la stase circulatoire dans la pathogénie de l'echtyma.

Les pyodermites ont constitué la majeure partie des dermatoses de guerre, et ont touché toutes les armées, réduisant temporairement les effectifs de façon sensible. En France, en 3 mois, dans une seule ambulance d'avant, Carle a pu relever 116 cas de pyodermites et en constater plus tard 468 sur 664 dermatoses en traitement. Ces chiffres ont été dépassés par les troupes opérant en Orient et en Allemagne, par les contingents de retour de la campagne de Russie.

On a invoqué les changements de vie sexuelle, et de régime (alimentation plus azotée), le froid et les variations de température, les sueurs, la fatigue, l'immobili-

sation, comme ayant favorisé les pyodermites aux armées; mais il faut surtout incriminer les poux, la gale, les brûlures, les écorchures diverses, les piqûres par fil de fer barbelé, — (on a décrit sous le nom de mal des poseurs de fil de fer barbelé, une streptococcie cutanée des mains), — ou avec divers instruments, les contacts septiques (souillures de la paille, poussière, terre, boue), le voisinage des chevaux.

Le plus petit soin de toilette était parfois impossible; la mauvaise hygiène vestimentaire et corporelle, amenaient les poux et la gale ($1/5$ des effectifs) et les frottes successives que l'on pratiquait alors, déterminaient aisément la dissémination des streptocoques et des staphylocoques.

A côté des troupes, il faut placer les populations des régions envahies par l'ennemi et les réfugiés (pour qui l'hygiène était parfois totalement méconnue), comme ayant présenté en masse des pyodermites. Ceci s'explique, puisque Thibierge relève en 1916 une augmentation des cas de gale de 350 p. 100.

Bayet rapporte avoir observé à Bruxelles pendant l'occupation allemande, un assez grand nombre de cas de pyodermites, chez des personnes d'ordinaire très soignées mais pour qui l'hygiène était devenue impossible par suite de la rareté du savon.

*
* *

La persistance d'une suppuration peut entraîner des pyodermites de voisinage, comme l'impetigo narinaire après le coryza, la perlèche suite de fistule dentaire, et

la dermo-épidermite de guerre autour des trajets fistuleux (Desaux).

Enfin une infection antérieure de l'organisme semble faite pour faciliter l'éclosion des pyodermites qui ne sont pas rares chez les convalescents de maladies infectieuses, et particulièrement de l'infection puerpérale.



TYPES CLINIQUES

Impétigo.

L'impétigo (du latin ab impetu), vulgairement appelé *gourme*, est une dermatose bulleuse et pustuleuse de cause externe, inoculable et auto-inoculable, naissant rapidement en peau saine, évoluant vers des croûtes sous lesquelles se trouve un épiderme érodé. C'est une lésion qui guérit rapidement et sans cicatrice.

L'infection siège dans l'épiderme, sous la couche cornée ou dans le corps muqueux: elle est due au streptocoque et au staphylocoque.

Les parties supérieures du corps (cuir chevelu et face), sont les plus fréquemment atteintes; les autres régions peuvent également être touchées, ce qui s'observe surtout si, par incurie, l'infection se prolonge.

Cet impétigo vulgaire présente, dès sa phase initiale, un suintement de liquide transparent qui soulève les lamelles cornées de la surface pour donner des vésicules, des bulles ou phlyctènes superficielles, de formes, d'aspect et de dimensions variables, plus ou moins abondantes, développées sur une peau saine en apparence

ou sur une tache érythémateuse. Ouvertes, elles laissent échapper un liquide séreux, à peine louche au début, mais rapidement purulent, qui va se concréter et former une croûte jaunâtre, large, discoïde, friable, à développement excentrique, plus ou moins épaisse, beaucoup plus stable que la phlyctène initiale qu'elle remplace.

Par les fissures de la croûte, le suintement continue sous forme de gouttelettes translucides.

Cette croûte mélicérique ou mélitagreuse (aspect de cire de miel) qui augmente progressivement d'épaisseur et d'étendue est spéciale à l'impétigo.

A ce stade d'incrustation circonée, les ganglions correspondants sont généralement tuméfiés et sensibles.

L'érosion épidermique qui avait d'abord grandi sous la croûte va retrecir, tandis que la croûte elle-même après avoir subsisté de 4 à 8 jours, va se détacher et laisser une macule rosée ou violacée, assez persistante, mais qui disparaîtra sans laisser de cicatrice.

On distingue à côté de l'impétigo vulgaire, l'impétigo de Tilbury Fox et l'impétigo de Bockhardt.

L'impétigo vrai ou contagiosa, impétigo de Tilbury Fox, serait pour Sabouraud dû au streptocoque ordinaire de l'érysipèle de Fehleisen que l'on retrouverait de façon constante dans le pus, dès le début de l'affection. La bulle est dans cette forme, franchement sous-cornéenne et va soulever l'épiderme corné. C'est une bulle flasque, aplatie, large d'un millimètre à un centimètre et plus, à contenu louché. Ephémère et fragile, elle s'ouvre rapidement, car la pellicule soulevée est très mince, pour donner naissance à une croûte.

L'impétigo de Bockhardt dû au staphylocoque (Sabouraud) est une folliculite orificielle. Les pustules, tendues, multiples, mesurant $1/2$ millimètre à 2 centimètres, renferment un pus jaunâtre et épais qui soulève et distend la couche cornée. Elles surviennent d'emblée et sont généralement centrées par un poil. Groupées en une ou plusieurs régions, elles vont diffuser rapidement, mais elles sont plus résistantes que celles de l'impétigo de Tilbury Fox ou de l'impétigo vulgaire. Ces pustules de l'impétigo de Bockhardt, ne se rompent que tard et par accident, laissant alors échapper un pus qui se concrète en croûtes jaunes. Quand elles ne sont pas ouvertes, elles se dessèchent d'abord au centre, puis la dessiccation achevée, elles sont rejetées au dehors par éviction.

En réalité, même pour le spécialiste, il n'est pas toujours aisé de séparer ces deux dernières formes et de dire la part qui revient au strepto ou au staphylocoque car le plus souvent, il y a coexistence des deux.

On peut voir l'impétigo se greffer sur diverses dermatoses, un eczéma par exemple ; on dit alors que ces dermatoses sont impétiginisées.

Dans ces cas, l'aspect est variable ; ou bien les lésions se surajoutent aux lésions préexistantes qu'elles transforment ; dans l'eczéma, les vésicules deviennent des pustules, donnant l'eczéma impétiginé ; ou bien l'impétiginisation diffuse, par auto-inoculation de voisinage (croûtes de lait) et l'adjonction de folliculites staphylococciques n'est pas rare.

Echtyma.

Maladie de misère, l'echtyma a été la forme habituelle des pyodermites de guerre et a reçu de Chastanet le nom de « mal des tranchées ».

Fréquemment associé à l'impétigo et aux furoncles, c'est une pyodermite pustulo-ulcéreuse inoculable et auto-inoculable, due au streptocoque (Lewandosky).

Elle siège profondément dans l'épiderme, dans la couche basale du corps muqueux, et son aspect clinique résulte de cette localisation, de la spécificité de l'agent pathogène plus ou moins virulent et de la prédisposition du terrain.

L'echtyma débute rarement comme l'impétigo de Bockhardt et souvent comme l'impétigo de Tilbury Fox et les phlyctènes jaunes, rondes, aplaties, plissées, éphémères, à contenu louche, ne diffèrent que par leurs plus grandes dimensions et leur caractère ulcéreux.

Les phlyctènes de l'echtyma reposent sur une aréole gonflée et enflammée; elles peuvent être multiples et disséminées et on en a compté 172 chez un soldat au cours de la campagne. Elles s'ombiliquent rapidement, se dessèchent et se recouvrent d'une croûte plus ou moins épaisse, jaunâtre ou noirâtre, d'apparition très précoce, comparée à juste titre à des écailles d'huître, véritable petite escarre, solidement enchassée dans la zone inflammatoire voisine.

Autour de ces croûtes, plus consistantes généralement que celles de l'impétigo, se développe un soulève-

ment épidermique en forme de collerette blanchâtre, entourée elle-même d'une auréole rose qui se fond insensiblement sur la peau saine, par son bord externe. Si on enlève la croûte, soit en l'arrachant, soit par un pansement, on trouve en dessous d'elle une ulcération, dont la base n'est pas indurée mais parfois diffusément œdémateuse, à bords en pente douce, laissant sourdre du pus bien lié ou grumeleux, brunâtre, teinté de sang.

La guérison se fait en 2 à 3 semaines dans les cas favorables, par bourgeonnement avec toujours une cicatrice, laquelle est souvent pigmentée à sa périphérie.

Chez les surmenés, les débilités, on voit une forme appelée par Neuman *echtyma des cachectiques*. Les phlyctènes apparaissent extrêmement vite; les croûtes sont très épaisses, rupioïdes, entourées comme dans l'*echtyma simple* d'une collerette épidermique; les ulcérations profondes à base indurée, à fond sanieux et irrégulier, à bords nets et taillés à pic, sont rouges ou pultacées.

Cet *echtyma ulcéreux* est très voisin du *Rupia proeminentis* des anciens et du *Rupia escarrotica* de Bateman qui est sur un membre variqueux l'origine fréquente des ulcères de jambe.

L'*echtyma térébrant* s'observe chez les enfants; il serait dû pour Basellini au bacille pyocyanique. C'est une dermatose rare, quelquefois particulièrement grave et assez rebelle, qui siège aux fesses, aux cuisses et dans le dos. Elle affecte parfois le type vacciforme ou gangréneux (varicelle gangréneuse des Anglo-Américains, *echtyma escarrotique térébrant*).

Folliculites et Périfolliculites.

Les folliculites pyococciques, se présentent sous forme de pustules centrées par un poil et auréolées d'une zone congestive. Elles peuvent être superficielles et l'infection rester limitée au pore du follicule ; c'est ce que nous avons vu dans l'impétigo de Bockhardt qui affecte souvent le type ostio-folliculaire. Mais elles peuvent aussi être plus profondes, s'accompagner ou se compliquer d'abcès minuscules situés dans le follicule ; c'est le cas des folliculites des régions velues à gros poils, auxquelles on a donné le nom de *sycosis*, de *συκων*, figue.

Le *sycosis* simple ou vrai, non tricophytique, quelquefois fort rebelle, est constitué par des pustules péri-pilaires profondes, agminées ou dispersées sans ordre. Si la suppuration est souvent primitive et précoce, on observe parfois au début, des saillies tubéreuses ou papules folliculaires, d'étendue et de profondeur variables qui vont donner une sensation d'élancement et ne suppureront que secondairement. Des croûtes jaunâtres ou brunâtres, recouvrant la peau épaissie, érodée et rouge se forment ensuite, et par pression, du pus sort des orifices folliculaires agrandis. L'épilation à la pince ou au doigt est alors facile et indolore ; plus tard, les poils peuvent tomber spontanément, enveloppés de leur gaine épithéliale, infiltrée de pus.

Après la chute des poils, l'alopecie sera quelquefois permanente.

Le furoncle est une folliculite massive à staphylocoque doré (Pasteur, 1880), aiguë d'emblée avec inflammation étendue, se terminant par une nécrose partielle et suppuration, ce qui implique que pour le produire, le microbe doit avoir été introduit profondément dans le canal, engainant le poil.

Le furoncle débute par une petite tumeur, sorte de saillie acuminée, rouge, portant généralement un poil à son sommet.

La peau est douloureuse, chaude, tendue, indurée avec œdème de voisinage plus ou moins marquée.

En 3 à 5 jours, la tuméfaction s'accroît, la base s'étend, tandis que le sommet devient violacé et pustuleux.

Arrivé à maturité, le furoncle est moins douloureux, la pustule s'ouvre et laisse échapper un peu de pus, tandis qu'au fond s'aperçoit une matière jaunâtre (tissu cellulaire en suppuration) qui est le bourbillon.

Une légère sécrétion fait suite au bourbillon éliminé, puis la tuméfaction s'affaisse et la cavité se comble peu à peu.

L'infiltration de la peau persiste quelque temps et la guérison se fait avec cicatrice, sauf le cas où le furoncle a avorté.

Le furoncle est souvent accompagné ou suivi de plusieurs autres; l'affection prend alors le nom de furonculose.

L'anthrax malgré son nom qui veut dire charbon, n'a aucun rapport avec la pustule maligne. Il se présente comme un furoncle à grandes dimensions.

La tuméfaction est plus étendue, et le tissu cellulaire périfolliculaire nécrosé détaché par la suppuration, se présente non plus en bourbillons, mais en vastes lambeaux. Dès le début, il y a emprise de l'état général avec malaises, frissons, et ascension thermique. Au milieu d'un œdème circumvoisin souvent très marqué, apparaît une tuméfaction rosée et tendue, extrêmement douloureuse. En peu de jours, des pustules se voient aux orifices folliculaires, et se transforment après plusieurs semaines, en pertuis ou cratères multiples et anfractueux, qui laissent sourdre un pus abondant et permettent l'élimination de sphacèle grisâtre.

Entre les pertuis, la peau tuméfiée, violacée, souvent érodée, forme des ponts qui cèdent quelquefois, donnant alors une ulcération unique, profonde et irrégulière.

La douleur cesse sitôt que la mortification profonde est établie et, après évacuation complète du sphacèle, la guérison se fait par bourgeonnement, amenant toujours une cicatrice qui est souvent rétractile et étoilée.

L'hidrosadénite de Verneuil, ou abcès tubéreux de l'aisselle de Velpeau, est l'infection staphylococcique des glandes sudoripares et se traduit par des abcès sous-dermiques, de volume variable.

Après du prurit, sans phénomènes généraux, on sent une ou plusieurs petites masses indurées qui feront bientôt saillie. Ces tuméfactions héli-sphériques et rosées, peuvent se résorber, mais d'ordinaire s'ouvrent donnant issue à un pus crémeux, sans bourbillon. La suppuration persiste un temps variable et la guérison avec cicatrice procède par bourgeonnement.

..

Si les impétigos, annulaire, sparsa, figurata, circiné géographique, annelé ou pétaloïde des avant-bras, larvalis (qui couvre la face comme un masque), etc..., ne correspondent qu'à des variantes topographiques et ne présentent guère d'intérêt, il existe à côté des types classiques et schématiques que nous venons d'étudier, toute une série d'aspects et de formes de pyodermites qu'il importe de connaître.

Quand dans l'impétigo, les éléments éruptifs rares, sont particulièrement développés, on voit, posées sur le visage, des croûtes peu adhérentes, larges comme des pièces de 50 centimes et qui par confluence engendrent des placards à contours polycycliques : c'est l'impétigo géant.

La forme érysipélateïde de Sabouraud serait le terme de passage entre l'érysipèle et l'impétigo.

L'impétigo granulata de Cazenave se voit au cuir chevelu, quand les croûtes détachées par grattage forment des granulations autour des cheveux.

L'impétigo miliaire ou boubouille siège au tronc et sur les racines des membres. Il est dû au staphylocoque et ressemble à l'eczéma.

La tourniole ou panaris sous-épidermique serait pour Darier une bulle d'impétigo streptococcique, partie d'une crevasse ou d'une envie et tendant à contourner l'ongle.

Brocq a démontré que le pemphigus épidémique des nouveau-nés doit être rattaché à l'impétigo. Rare

chez l'adulte, très contagieux, il survient chez les enfants bien portants ou athrepsiques, dans les crèches ou dans la famille. Il se localise ordinairement aux plis du cou et aux membres, exceptionnellement à la face, mais on a pu le voir aux régions palmaires et plantaires (les bulles en ces endroits ne sont donc pas pathognomoniques de pemphigus congénital ou syphilitique).

Les orgelets sont des folliculites staphylococciques des cils.

Le phlegmon ligneux des vieillards est un anthrax avec induration ligneuse marquée.

Gougerot a signalé des pyodermites tuberculoïdes et psoriasiformes. (1).

Certaines dermatoses qui ont été observées souvent chez les blessés de guerre autour des trajets fistuleux ne paraissent être qu'une modalité de pyodermites, car ainsi que l'ont montré Gougerot et Desaux, la flore bactérienne, l'évolution et le traitement sont identiques.

De même touchent de très près aux pyodermites, l'érythème papuleux fessier post-érosif de Jacquet et Sevestre, qu'on observe chez le nourrisson, et chez l'enfant ou l'adulte il faut considérer comme des impétigos larvés, les rougeurs et croûtes rétro-auriculaires, l'état sub-inflammatoire des sillons nasaires, et beaucoup de ces lésions du visage connues sous le nom de dartres volantes ou furfuracées.

(1) *Paris médical*, 13 sept. 1913.

COMPLICATIONS DES PYODERMITES

Négligées ou soignées, les pyodermites peuvent donner des complications, avant, pendant ou après leur traitement.

A la peau, si les pyocoques sont virulents, on pourra voir survenir des récidives avec modalités nouvelles et dissémination des lésions.

Les grands ulcères et la gangrène sont à leur suite très fréquents chez les diabétiques.

L'impétigo pourra faire naître un eczéma impétigineux et donner aux ongles l'onxyxis impétigineuse ou onxyxis pyococcique, que l'on voit chez l'adulte ou chez l'enfant à un ou plusieurs doigts ou orteils, toujours accompagné de périonxyxis.

On pourra également observer des conjonctivites, des amygdalites, de la gingivite, ainsi que la stomatite impétigineuse de Sevestre et Gastou, caractérisée par des taches diphthéroïdes enchassées dans l'épithélium.

Les pyodermites laissent parfois après elles des cicatrices vicieuses et les chéloïdes après l'echtyma ou les furoncles ne sont pas rares.

Les alopecies localisées pyodermiques sont assez souvent observées.

Au cours de leur évolution, les pyodermites peuvent donner naissance à des proliférations et le botryomycome ne serait peut-être qu'une variété de pyococcie.

La perlèche, décrite par Lemaître en 1886, peut être à la fois considérée comme une modalité et comme une complication des pyodermites. C'est une lésion fissuraire, très contagieuse, des commissures labiales ; elle s'observe surtout chez les enfants.

Gagnant de proche en proche le tissu cellulaire sous-cutané, les pyodermites peuvent amener des abcès sous-cutanés chauds ou froids (ces derniers non tuberculeux), des abcès lymphatiques, des phlegmons et adénophlegmons, des lymphangites réticulaires et tronculaires, des ostéomyélites aiguës ou chroniques.

La néphrite impétigineuse décrite par Hutinel est une néphrite avec œdème et hématurie. Sirugues et Boyer en rapportent plusieurs exemples, et Pollet l'a rencontrée 7 fois sur 304 enfants, soit dans une proportion de 2,3 p. 100.

On peut voir encore surtout chez le nourrisson des septicémies de durée et de pronostic variables, parfois mortelles, avec manifestations diverses : broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, arthrites suppurées, troubles de gastro-entérite ou de diarrhée infectieuse.



PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Pronostic.

Le pronostic des pyodermites doit être considéré comme bénin, car non abandonnées à elles-mêmes et non maltraitées, elles se terminent assez rapidement par la guérison.

L'impétigo dure en moyenne de 3 à 8 jours, le furoncle 5 à 7, l'anthrax, 6 semaines et chaque nodosité d'hydrosadénite disparaît en 10 à 15 jours, mais parfois et surtout en été cette dernière lésion peut récidiver pendant plusieurs mois.

Diagnostic.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait à faire, les pyodermites se reconnaissent par leur mode de début, la rapidité avec laquelle elles arrivent à la période d'état, l'examen bactériologique, les auto-inoculations positives et l'heureuse influence du traitement local.

Les brûlures et les gelures peuvent parfois prêter à erreur, mais les anamnétiques lèvent tous les doutes.

L'eczéma est d'habitude vésiculeux et l'eczéma vrai dit arthritique ou organique est rare au-dessous de 40 ans.

Certaines dermites artificielles consécutives à la manipulation ou à l'application de différents produits comme divers composés mercuriaux, le thapsia, le tartre stibié, les huiles de croton ou de cave peuvent prêter à confusion d'autant mieux que les pyodermites s'y greffent facilement. On observe surtout ces lésions chez des simulateurs; leur siège particulier (partie du corps toujours facilement accessible à la main du sujet), leur non-dissémination facilitent cependant le diagnostic.

L'herpès simule dans certains cas la perlèche; mais rarement bilatéral, il est toujours vésiculeux.

Il est classique de faire le diagnostic des pyodermites avec la varicelle, la variole et la vaccine, mais quelqu'un d'averti ne peut faire pareille erreur. Dans la varicelle, les pustules ont une évolution spéciale et une fausse ombilication: l'éruption pustuleuse généralisée à tout le corps, de la variole s'accompagne de céphalalgie intense, de nausées et de douleurs lombaires.

La diphtérie cutanée affecte souvent la forme d'impétigo ou d'eczéma impétigineux, elle s'observe chez un sujet présentant ou ayant présenté peu de temps auparavant une angine diphtérique et le bacille de Löffler se retrouve dans le pus des lésions.

La syphilis peut quelquefois prêter à confusion.

Le chancre impétiginiforme se distingue pourtant par sa base indurée, son évolution et la présence du tréponème à l'ultra-microscope.

Les syphilides papulo-croûteuses impétigineuses et echtymateuses ne ressemblent que de très loin aux pyodermites ; elles s'en différencient par leur évolution spéciale, leur dissémination et leur groupement en arc de cercle. Il sera tout à fait exceptionnel d'avoir à pratiquer la réaction de Wassermann pour trancher le diagnostic.

Le lupus impétigineux sera un diagnostic de surprise : il a une ancienneté spéciale et la croûte enlevée, on peut voir au milieu du fond de la lésion les tubercules décevables à la vitro-pression.

La morve au cas d'éruption pustuleuse varioliforme, en plus des signes généraux, se reconnaît par la culture et l'inoculation aux animaux.

L'ulcère de jambe pourra simuler l'echtyma, mais d'habitude unique, il a une évolution torpide.

Parmi les mycoses, le sycosis trichophytique qui ne siège jamais à la moustache, diffère du sycosis vrai par la présence du trichophyton parasite. Le favus sans godet, à forme impétigineuse, affection longue et rebelle sans dissémination, localisée à certaines régions du cuir chevelu, s'accompagne de lésions pilaires : les cheveux sont secs et décolorés et on y retrouve les acharions.

Les sporotrichoses sont d'un polymorphisme particulier : elles donnent un pus visqueux et blanchâtre caractéristique ; leur existence sera confirmée par la sporo-agglutination de Widal.

Le bouton d'Orient ou clou de Biskra apparaît en automne et pendant la saison fraîche ; il s'accompagne

de prurit et siège sur les régions découvertes : on retrouve son agent pathogène, *leishmania furunculosa*.

Quant au *craw-craw*, beaucoup de cas ne seraient que de simples pyodermites.

Les pyodermites reconnues, il importe d'en fixer l'origine. On recherche pour ce cas l'excoriation initiale, on s'assure qu'il n'existe pas sur le malade une source de pus (fistule, coryza), et on examine minutieusement si ne se trouvent pas cachées la gale ou quelque phtiriose.



TRAITEMENT

On conçoit facilement, étant donné l'abondance des pyodermites et les complications qu'elles entraînent, tout l'intérêt que présente leur traitement, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, elles peuvent traîner très longtemps si on les néglige.

Ce chapitre doit être divisé en deux parties, l'une concernant le traitement local, légitime que réclament les pyodermites, l'autre le traitement général.

I. — Traitement local.

Les grands bains sont très nuisibles, car ils favorisent la pullulation microbienne. Les émollients et les onguents cicatrisants ou réputés tels, paraissent avoir été usités de tout temps, soit à nu ou recouverts d'un pansement.

Nous croyons devoir signaler ici le grand danger des pansements occlusifs : Sirugues rapporte qu'une jeune fille atteinte d'impétigo, fut prise d'une anasarque généralisée pour avoir été traitée par des applications de pommades sur la tête et le port d'un bonnet de caout-

chouc. Guinon a vu survenir une néphrite hémorragique chez une petite fille dont on avait traité l'impétigo avec des compresses d'eau d'Alibour appliquées en permanence et recouvertes de taffetas hermétique.

Maintenant que la théorie de l'infection est connue, on a adjoint à ces pommades des antiseptiques; mais pour que l'action de ces antiseptiques soit vraiment efficace, il faut que les germes puissent être atteints directement; aussi faudra-t-il en première ligne assurer le contact des topiques et des agents pathogènes.

Sans craindre de mettre à nu des surfaces irritées et suintantes, il importe donc d'enlever les croûtes qui cachent et protègent les surfaces infectées et sous lesquelles les pyocoques cultivent à leur aise.

Pour déterger la région malade de ces croûtes épaisses, on aura recours aux pulvérisations d'eau bouillie ou aux pansements humides. Mais on aura soin, si on utilise ces derniers, de ne les laisser en place que pendant quelques heures, car l'humidité entraîne la macération de l'épiderme favorable à l'auto-inoculation. Il est d'ailleurs d'observation courante que tout pansement humide appliqué pendant 48 heures surtout si un imperméable lui est adjoint, détermine, même sur une peau saine l'apparition de bourbouille ou de folliculites, en tout cas de pyodermites.

Il vaudra mieux souvent se servir de vaseline stérilisée ou de cataplasmes de fécule (très adoucissants), qui remplissent le même rôle et amènent rapidement la chute des croûtes les plus épaisses et les plus anciennes.

On ouvrira les pustules au ciseau mousse, on récli-

nera à la pince, on excisera tous les lambeaux d'épiderme décollés et au tampon, sans frotter pour ne pas inoculer les parties voisines, on enlèvera le pus de tous les recessus.

Cette manœuvre de premier nettoyage, si capitale, s'accompagnera dans le sycosis, de l'épilation de la région touchée : il ne faut pas comme nous l'avons vu faire souvent, appliquer sur la peau un produit de formule aussi remarquablement composée que possible, sans avoir fait le nécessaire pour que l'action attendue puisse avoir lieu.

On ne doit pas, répétons-le, même si l'on soupçonne des vertus miraculeuses à un antiseptique, le mettre d'emblée sur une peau recouverte de concrétions.

En outre, sous prétexte de faire de l'antisepsie cutanée, on surajoute quelquefois à la lésion primitive des lésions indéfinies.

Ils sont si nombreux les produits que l'on a employés, que toutes les combinaisons chimiques paraissent avoir été mises à l'épreuve.

Certains d'ailleurs sont à exclure de façon la plus absolue.

L'eau oxygénée, le nitrate acide de mercure, les solutions d'oxy-cyanure de mercure à 5/1000 ou de sublimé au 1/1000 altèrent plus la peau que les germes nocifs et leur application prédispose à l'infection les téguments voisins.

L'éther, et l'alcool à 95 degrés, qui déjà employé par Ambroise Paré, a donné quelques bons résultats, ne présentent pas cet inconvénient; ils provoquent passa-

gèrement une désinfection énergique, mais leur volatilité rend difficile leur application; et en réfrigérant par leur évaporation, ils provoquent une vaso-constriction très contraire à l'évolution naturelle des pyodermites.

L'iodacétone a donné tout au début d'infections encore très superficielles de bons résultats, mais il n'influence plus la lésion sitôt que celle-ci a gagné une faible profondeur.

Bien qu'ils soient à rejeter parce que très douloureux, Aschner emploie les badigeonnages au formol à 4 p. 100 et ne se sert de pansements que pour les très gros furoncles; il renouvelle le badigeonnage chaque jour jusqu'à ce qu'il ne se reproduise plus de pustules nouvelles, après quoi il incise.

Il a préconisé cette méthode comme rapide et pouvant se pratiquer facilement, même en campagne. Après lui, von Worenski la recommande, combinée à l'héliothérapie. Nous lui ferons le gros reproche de devoir se terminer par une manœuvre chirurgicale qui doit être évitée.

Soresi a proposé dans la furonculose, l'introduction de I à II gouttes d'acide phénique pur au moyen de l'aiguille de Pravaz et de la seringue de Luër. L'aiguille doit entrer seule dans le trajet du poil et le piston descendre par son propre poids; il y aurait anesthésie absolue et le repos local seul serait nécessaire. Ce procédé nous paraît devoir nécessiter beaucoup d'adresse et n'est applicable que pour des furoncles jeunes.

La liqueur de Labarraque, ou solution officinale d'hypochlorite de soude, est employée étendue de 4 à 20 fois

son volume d'eau; son dérivé, la liqueur de Dakin, a été employée « *larga manu* » pendant la guerre. Toutes deux ont pu donner des succès mais elles sont à manier avec précaution, car susceptibles également d'abimer l'épiderme sain.

Le permanganate de potasse, recommandé par Kromayer en solution à 4/1000^e produit des effets appréciables; il est à utiliser surtout dans le cas d'association de bacille pyocyanique et le fait de tacher le linge limitera son emploi.

Le nitrate d'argent employé en crayons ou en solutions de concentration variant de 1/10^e à 1/200^e est avantageux entre les mains de personnes expérimentées. Il empêche les bourgeons charnus et amène une rétrocession rapide des lésions. Il faut cependant être prudent dans son usage, faute de quoi il peut entraîner des ulcérations assez profondes. Kromayer s'en sert, combiné avec le baume du Pérou, L'acide borique et sa solution à 4/1000^e ou eau boriquée ont pu, parce qu'acides, montrer une certaine efficacité.

Très défavorables le salol et le menthol sont à proscrire de la façon la plus absolue.

L'iodoforme pur ou camphré à 5 p. 100, la pommade de Reclus que l'on trouvait dans tous les postes de secours, et la teinture d'iode, ont joui d'une vogue que rien ne justifie.

Valent beaucoup mieux : la poudre de Lucas-Championnière à l'iodoforme désodorisé, la poudre de Vincent à l'hypochlorite de chaux, le sous-carbonate de fer (employé dans l'echtyma en pâte à 1/40^e), le derma-

tol ou sous-gallate de bismuth, l'aristol ou diiodothymol et le thymol en solution alcoolique à 1 p. 100.

Les pansements glycéринés seraient, pour Bonnet, favorables dans la furonculose, et exposeraient fort peu aux auto-inoculations. Le glycérolé d'amidon détruirait le staphylocoque (De Massary). Additionné d'acide borique (10 p. 100), il constitue un topique de choix et a sous cette forme été préconisé par Gallois.

Les liquides colorés ont été très en honneur : le bleu de méthylène chimiquement pur en solution à 1 p. 1000 a été très vanté dans le traitement de l'impetigo comme il l'avait été dans celui des angines. Tout le monde a vu de jeunes écoliers, la figure ainsi sillonnée de couleur bleue. Sans qu'on puisse s'expliquer le mécanisme de son action, celle-ci ne paraît pas douteuse; mais comme la fuschine phéniquée de Ziehl (méthode de Triboulet), il ne paraît pas devoir être trop recommandé, car les croûtes avec ces produits se reproduisent facilement.

L'acide picrique a été prohibé dans les hôpitaux militaires pour éviter la supercherie des ictères provoqués. Nous l'avons pourtant vu associé aux deux colorants précédents et son adjonction n'amenait pas une guérison plus rapide. Le spectacle de ces militaires polychromes, ainsi transportés d'hôpital en hôpital, était à la fois pénible et burlesque.

Quant au sérum de Leclainche et Vallée qui, en pansements, favorise la leucocytose et la régénération des éléments anatomiques, il a ainsi que la pommade à l'argent colloïdal donné des résultats incontestables.

Mais plutôt que ces divers procédés, nous aimons

mieux une fois les croûtes enlevées, les pulvérisations à l'eau résorcinée à 2 p. 100 et mieux encore les cautérisations à l'eau d'Alibour, suivies d'application de pom-mades mercurielles au précipité jaune ou au précipité blanc; topiques de choix qui, tout en étant capables d'agir en surface, ne possèdent aucune propriété irritante susceptible de troubler la défense naturelle de la peau contre les microbes.

L'eau d'Alibour ou collyre de Saint-Jenneron était déjà utilisée au xvi^e siècle. Sa formule était :

Sulfate de zinc	70
Sulfate de cuivre	20
Camphre	10
Safran	4
Eau	2.000

additionnée d'eau de laurier cerise elle constituait la lotion contre la mentagre du Docteur Richard, de Soissons.

Il ne semble pas utile de remplacer l'eau par une décoction de rue (*ruta-graveolens*), mais le camphre peut être remplacé par l'eau-de-vie camphrée et Sabouraud a fixé comme suit sa composition :

Eau-de-vie camphrée . . .	5 grammes.
Sulfate de zinc	4 —
Sulfate de cuivre	1 —
Teinture de safran	0 gr. 50
Eau distillée	1.000 cm ³ .

On l'emploie coupée au 1/3 de son volume d'eau et on peut plus simplement formuler :

SO ⁴ Cu	2
SO ⁴ Zn	7
Eau saturée de camphre	300

à diluer 1 à 2 cuillers à soupe dans un verre d'eau (Darier).

Pendant que dans l'eau d'Alibour, le sulfate de zinc pouvait être de quelque causticité, Mauté utilise le sulfate de cuivre seul. Il l'emploie en solution aqueuse, de concentration chaque jour plus forte. Il part de la solution à 1/1000, puis passe à celles de 1/500, 1/250, 1/100. Il aurait eu ainsi des succès remarquables.

Après lui, Hérain recommande les pommades cuivriques et propose les formules suivantes de pommade faible ou forte, à utiliser suivant la virulence des microbes.

A. — Faible.			B. — Forte.		
Sulfate de cuivre. . .	2 gr.		Sulfate de cuivre. . .	20 gr.	
Oxyde de zinc. . . .	150 —		Oxyde de zinc. . . .	150 —	
Lanoline.	100 —		Lanoline.	100 —	
Vaseline. . . QS. p.	1 kil.		Vaseline. . . QS. p.	1 kil.	

Mais le fait que le sulfate de cuivre seul serait très peu nuisible au staphylocoque nous fait encore préférer l'eau d'Alibour, et après cautérisation des lésions avec elle, nous employons le précipité jaune si en faveur en oculistique ou le précipité blanc.

Tous deux sels de mercure, le précipité jaune est l'oxyde mercurique Hg. O obtenu par voie humide, plus divisé que l'oxyde mercurique rouge ou précipité rouge obtenu par voie sèche; le précipité blanc est le protochlorure mercureux Hg² Cl² obtenu par voie sèche.

Les formules que nous employons sont les suivantes :

Oxyde jaune de mercure	1 à 2 grammes.
Talc	} aa 30 —
Oxyde de zinc	
Huile d'amandes	

GOUGEROT.

ou

Protochlorure mercu-	
reux	0 gr. 10 à 2 grammes.
Tanin à l'éther.	0 gr. 20 à 4 —
Talc	} aa 25 grammes.
Oxyde de zinc.	
Huile d'amandes.	

GOUGEROT.

ou encore

Oxyde jaune de mercure.	} aa 10 grammes.
Oxyde de zinc.	
Résorcine	} aa 1 —
Acide salicylique	
Vaseline	78 —

DARIER.

Pour le cuir chevelu on aura avantage à se servir de :

Oxyde jaune de mercure.	1 à 2 grammes.
Huile de cadre.	10 à 20 —
Huile d'olives	80 à 90 —

DARIER.

et au cas d'eczéma impétiginé de :

Oxyde jaune de mercure.	} aa 5 grammes.
Ichtyol.	
Acide salicylique	} aa 1 —
Résorcine	
Oxyde de zinc.	} aa 20 —
Talc	
Vaseline	48 —

Il faut de place en place disposer de petites pastilles de ces pommades et les étaler avec un tampon de gaze

jusqu'à ce qu'on obtienne un enduit d'épaisseur sensiblement égale partout.

Ainsi employés, ces corps cytophylactiques amènent avec une rapidité remarquable la guérison des cas qui s'étaient souvent montrés rebelles aux autres traitements.

La guérison s'obtient en dix à douze jours et seul l'echtyma profond des membres inférieurs nécessite le repos au lit. Il est bon de temps en temps de décaper la couche de pommade avec un tampon imprégné d'essence de pétrole, pour s'assurer qu'il n'existe plus sous elle de clapiers purulents.

*
* *

Si la ventouse aide parfois à l'élimination d'un bourbillon (Biehr), le traitement chirurgical, sans oublier l'excision du furoncle, n'a donné que de déplorables résultats et semble devoir être abandonné définitivement.

Les rayons X font bien dans le sycosis au début et peuvent être utiles pour effacer l'induration cutanée, mais ainsi que l'ion, zinc, qui a donné de bons résultats dans la furunculose, et le radium qui ne s'est pas montré d'une activité rapide dans les pyodermites, ils sont difficilement maniables.

Traitement général.

Il semble que les premières recherches en thérapeutique générale et interne, aient pour les pyodermites, porté

sur le tube digestif. C'est peut-être, avant que l'on ait eu notions des auto-intoxications digestives et intestinales parce que l'on considérait ces dermatoses comme une des modalités de ce qu'exprime l'adage populaire dans la pittoresque formule des « sangs tournés » que l'on a appliqué à profusion, la méthode chère aux médecins de Molière : primo purgare. On conçoit très bien, maintenant que nous est connu le mécanisme de moindre résistance de la peau par mauvais fonctionnement de l'intestin, qu'on ait pu observer quelques succès qui ont pu accréditer les dépuratifs, mais il nous apparaît comme puéril de penser que sené, rhubarbe, huiles ou autres purgatifs salins puissent avoir d'heureux résultats sur les affections que nous étudions.

On ne trouve guère préconisé ensuite par les divers auteurs que le miel soufré et différents sulfures de lithium et de calcium qui, tout compte fait, n'ont pas donné ce que l'on attendait d'eux.

Puis, quand fut décrit le tableau clinique de la scrofule où l'on voit les affections croûteuses et purulentes tenir une telle place qu'elles appartiennent presque à la symptomatologie, on a cru aux bons effets de la médication reconstitutive.

Cette médication fut très en honneur, et il ne semble pas, que même à l'heure actuelle son succès soit en passe de s'éteindre. Tout l'arsenal thérapeutique des anti-scrofuleux et des reconstituants a été mis à l'épreuve et persiste à être employé, soit par les malades agissant spontanément, soit sur l'avis d'un médecin. C'est ainsi qu'à l'huile de foie de morue l'hiver, succède l'été

la cure au sirop iodotannique phosphaté ou non, ou de sirop de raifort iodé. Et l'on prend du glycérophosphate de chaux, des vins toniques, des ferrugineux, des arsenicaux, aussi bien liqueur de Fowler que piqûres de cacodylate de soude, parce qu'une croûte d'impétigo est toujours là, s'étendant, diminuant, réapparaissant sans cesse, soit à la nuque, soit au pourtour des lèvres et quand il vient trouver le dermatologiste, le malade est régulièrement nanti d'une longue suite d'ordonnances prescrivant ces médications.

L'exemple de cette famille ayant dépensé une vraie petite fortune à faire prendre à un enfant de l'âge de quatre ans, à celui de quinze, et chaque jour et sans trêve, soit sirop d'écorce d'orange ou anti-scorbutique, soit quinquina, soit kola ou coca ou tout autre produit, « remontant » pour arrêter une gourme qui, malgré toutes ces épreuves, se montrait rebelle, parce que due à une phtiriasse du cuir chevelu, a été rencontré par une masse de praticiens.

Certes, comme l'a bien mis en évidence Jeanselme dans son article « valeur semiologique de la phtiriasse » et comme nous l'avons dit au cours de notre étude étiologique, il existe sous l'influence d'états pathologiques ou physiologiques particuliers, un terrain très prédisposé aux pyodermes et on les notera fréquemment chez tous les débiles, chez les lymphatiques les déprimés, les affaiblis, les pré tuberculeux et dans certains états de diathèse arthritique ou de mauvaise nutrition. Mais faut-il encore dans ces cas bien spéciaux où il n'est pas douteux que l'amélioration de l'état général aide à

la rétrocession des lésions cutanées, admettre que cet effet curateur n'a été obtenu qu'à la faveur d'une cause adjuvante, et il serait insensé de croire que tant de litres de sirop iodotannique ou d'huile de foie de morue puissent empêcher la pullulation de pustules dues à une gale méconnue et durant depuis plusieurs années.

Il ne faudra s'occuper d'administrer des reconstituants que lorsqu'on se sera assuré de la bonne observation des règles de l'hygiène générale, corporelle et vestimentaire et qu'on aura pratiqué l'épouillage ou la frotte souvent indispensables.

Quand fut mise en relief la question des intoxications digestives on leur a attribué certaines pyodermites et pendant la guerre « le mauvais pain » a été accusé à nouveau. Pour faire de l'asepsie interne, on a cherché une thérapeutique nouvelle.

Dans cette voie, le benzonaphtol ne semble guère avoir donné de résultats, les ferments lactiques et bulgares sont vite tombés en désuétude.

Par ailleurs, l'empirisme qui a conduit à bien des découvertes thérapeutiques, se basant sur ce fait que les brasseurs du Nord étaient peu enclins à la furonculose a fait proposer la levure de bière.

Il semble que ce soit le médecin anglais Mosse qui ait le premier signalé cette médication en 1852. Elle fut recommandée ensuite par Debousy et Gobelet (1894-1895) et a été vulgarisée par L. Brocq en 1899. « J'emploie écrit-il, la levure de bière fraîche. Les brasseurs de Paris me la livrent sous l'aspect d'une sorte de crème marron clair. Dès qu'on la laisse au repos, elle se divise en

trois couches. Pour m'en servir, je mélange tout d'abord avec soin les trois couches et je prends une cuiller à café bien pleine de ce mélange que je délaye dans un verre à Bordeaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Je donne cette dose trois fois par jour au commencement de chaque repas. Les effets sur la furonculose ont semblé être réellement remarquables chez certaines personnes. La plupart des sujets voient d'ordinaire leurs accidents disparaître ou tout au moins s'amender. Il semble donc que ce produit ait pour effet :

1^o Quand on l'administre alors qu'un furoncle ou un anthrax a déjà paru, d'en empêcher le développement, la suppuration, les complications, de le réduire à un petit noyau induré ; mais au moins dans beaucoup de cas elle ne la supprime pas totalement. Cependant elle peut en abrégér considérablement la durée chez certains sujets.

2^o Il semble prévenir et empêcher dans une mesure très notable la production de furoncles nouveaux et il arrive ainsi à guérir certaines furonculoses rebelles ».

Ce remède est donc inconstant. En plus d'ailleurs la difficulté d'avoir de la levure de bière fraîche est parfois grande ; pour obvier à ce dernier inconvénient, on a employé la levure basse et son extrait sec, donnant la levure extractive plus facilement absorbable car pouvant être enrobée dans un cachet. Malheureusement, certains sujets manifestent pour la levure de bière soit fraîche, soit desséchée, une intolérance absolue, ce qui ne permet pas encore d'attendre des merveilles de ce produit.

On a fait encore appel à une plante, la racine de bar-

dane (*Lappa officinalis*), herbacée de la famille des composées, qu'Alibert employait dans les affections herpétiques et que Cazin administrait dans quelques dermatoses. Lecomte (de Condé-sur-Noireau) a montré que seule jouit de propriétés thérapeutiques efficaces, la racine de bardane gonflée de suc que l'on recueille au printemps lors de la pousse des feuilles. Desséchée, cette racine perd ses propriétés et acquiert une saveur désagréable; aussi pour garder à la racine desséchée les qualités de la racine fraîche et printanière a-t-on employé le procédé de stabilisation de Perrot et Goris qui tue les oxydases. Ainsi stabilisée, la bardane paraît avoir une action efficace sur la furonculose avec atténuation de la douleur, avec évacuation spontanée de la collection purulente, ou flétrissement des jeunes éléments au cas de furoncles nombreux et d'âges divers.

On peut la prescrire à la dose de 0 gr. 80 d'extrait aqueux à renouveler trois fois dans la journée.

Sur nous-même, à cette dose, nous avons eu une amélioration rapide d'un anthrax du cou avec une durée totale de traitement de sept jours.

La bardane ne se montre par contre d'aucune activité sur les autres streptococcies ou staphylococcies superficielles de la peau.

Mauté, encouragé par les succès obtenus avec le sulfate de cuivre en applications locales, a essayé ce sel en injections intra-veineuses. Il emploie le sulfate de cuivre ammoniacal à 4/1.000 à la dose de 2 à 20 centimètres cubes et signale huit observations de guérison. Surtout dans la furonculose Herain aurait eu des

résultats avec des injections intra-veineuses de 5 centimètres cubes de solution de sulfate de cuivre à 1 p. 200 d'eau distillée. A cette dose ne se seraient pas produites les thromboses veineuses avec gonflement et solidification de la veine comme il avait pu en observer avec les solutions à 1/50. Ce danger incite certainement à n'employer cette méthode qu'avec circonspection.

La vaccinothérapie qui confère au sujet une immunité active est venue s'ajouter à ces médications.

Les principes généraux et la technique de la vaccinothérapie anti-staphylococcique, ont été fixés surtout par A. E. Wright en Angleterre après ses premiers essais de vaccination humaine par inoculation directe de cultures microbiennes atténuées par la chaleur ; (essais faits en 1897 à Saint Mary's Hospital) et par Mauté en France.

A leur suite, on a utilisé des cultures atténuées par l'éther ou l'iode et des auto-vaccins.

Ces méthodes ont été suivies par Bertrand et Cohendy de l'emploi de vaccins anti-staphylococciques sensibilisés de Besredka (1), contenant anticorps et sensibilisatrice et la supériorité de ces derniers vaccins a été démontrée par Deville et Garnikh dans leurs thèses.

Bien que Mauté ait pu écrire « la vaccinothérapie semble contenir à elle seule tout le traitement de la furonculose dans beaucoup de cas, malgré l'usage de stoks vaccins polyethniques et stabilisés, un furoncle en remplace un autre et quand la triste procession tire

(1) *Acad. des sciences*, 30 Décembre 1912.

à sa fin, cela semble souvent être dû moins au résultat du traitement qu'au fait que la maladie est arrivée au terme de son cours normal.

La sérothérapie qui consiste à injecter au malade le sérum d'un animal préalablement immunisé par l'inoculation progressive de cultures atténuées et filtrées, provoquant ainsi une immunisation passive par l'apport d'anticorps tout formés, a été tentée par Basset qui rapporte 4 observations de furonculoses guéries par injections intra-musculaires répétées de sérum polyvalent de Leclainche et Vallée.

Mais, comme la vaccinothérapie, la sérothérapie peut entraîner des accidents anaphylactiques et sériques et cette éventualité en fait tempérer l'usage.

La constatation que les étameurs de Beauce et de Sologne étaient indemmes de furoncles a conduit certains médecins à utiliser l'étain et l'oxyde d'étain comme thérapeutique. Les recherches de Frouin (ingestion per os) sont intéressantes, mais il y a de nombreux résultats négatifs. Brühl et Michaux ont employé avec succès l'étain colloïdal et dans cette dernière préparation Hudelo a remplacé l'eau par des extraits glycérinés d'organes (ovaire, thyroïde, foie, rate) et indique qu'en milieu lipoidique l'étain serait un spécifique anti-furonculeux.

Le soufre à l'état colloïdal a également montré de bons effets.

Sans pouvoir expliquer cette propriété de quelques colloïdes, nous rapprocherons de ces faits trois observations inédites de guérison par l'électrargol, qu'à bien

voulu nous communiquer le docteur Stodel, ce dont nous le remercions vivement.

M. S..., 35 ans, a commencé il y a 3 ans une série de furoncles du cou. Ces furoncles sans presque d'interruption, se sont succédé les uns aux autres, en ne laissant au malade aucun répit pendant 27 mois.

Après 4 mois d'accalmie, les furoncles recommencent à envahir la région cervicale et comme précédemment se succèdent sans interruption.

Le 15 Janvier 1914, 5 mois après le début de cette dernière série, je vois M. S..., qui présente au cou un gros anthrax en nid de guêpes et plusieurs petits furoncles disséminés; le malade est complètement découragé par ce qu'il appelle son infirmité.

Il ne présente aucune tare, ni héréditaire, ni personnelle; pas de glucose dans les urines.

Traitement : 3 injections intra-veineuses d'électrargol de 20 centimètres cubes chaque, à 4 jours d'intervalle.

L'anthrax évolue normalement, les petits furoncles guérissent rapidement et M. S..., n'a plus de nouveaux furoncles et n'en a pas eu jusqu'en Octobre 1919, moment où je l'ai revu.

..

Pierre D..., 18 ans. Jeune homme sans antécédents ni héréditaires, ni personnels. Depuis trois ans, acné très abondante. Il y a deux mois, 1^{er} furoncle à la région cervicale. 15 jours après, furoncles au bras droit et au pubis; depuis, les furoncles se succèdent sans interruption sur les régions les plus variées du corps, quand il y a 15 jours, anthrax du cou. Le 13 Mai 1914, le jeune homme fait brusquement le soir 40°2, le 14 au matin : 40°6, se plaint d'une douleur extrêmement vive au 1/3 inférieur du bord interne du tibia gauche; le malade est vu avec le Docteur Mosny.

Diagnostic : Ostéite à staphylocoques en rapport avec l'éruption furoncleuse.

Traitement : Electrargol intra-veineux; on pratique des injections massives de 20 centimètres cubes. Dès la 1^{re} injection, la température tombe, la douleur du tibia diminue.

La 2^e injection est faite 48 heures après, et la 3^e, 5 jours après cette dernière. La jambe est tout à fait guérie; les furoncles et l'anthrax ont évolué rapidement et aucun autre furoncle n'est apparu.

* *

Paul V..., lieutenant au 26^e régiment d'artillerie est pendant la guerre immobilisé par des furoncles à répétition siégeant au pubis, au scrotum et à la face interne des cuisses. On fait deux injections intra-veineuses d'électrargol. En huit jours, les furoncles ont tous disparu.

Pendant une année, au cours de laquelle, j'ai suivi le malade, il n'a plus eu à aucun moment de furoncles.

Durant la guerre, à l'hôpital général d'Etaples M.J.E.R. Mac Donagh se basant sur les rôles d'oxydation et de réduction en biologie, a expérimenté le manganèse colloïdal, et après lui, Malcom Morris a publié les 4 observations suivantes :

1^{er} Cas. — Le malade, un médecin vint me trouver le 24 Novembre 1917 souffrant de gros furoncles du visage. La culture montra que le microorganisme était le staphylococcus pyogenes aureus et un vaccin autogène fut préparé avec lequel il fut inoculé le 30 Novembre. A cette date, un des furoncles était très volumineux, les paupières et la face étaient boursoufflées, le malade souffrait beaucoup. Le 6 Décembre, il y eut décharge de pus et la douleur s'atténua, mais pendant les 7 semaines qui suivirent, les furoncles continuèrent.

rent à apparaître. Le 14 Janvier, onze injections de vaccin avaient été faites; en même temps on avait usé de lotions et d'onguent antiseptiques. Le 31 Janvier, le malade vint me consulter et je lui prescrivis l'injection de manganèse colloïdal. D'après les propres notes du malade, une amélioration eut lieu le troisième jour après. Les furoncles subséquents qui se formèrent encore pendant une quinzaine n'étaient pas douloureux et un grand nombre avortèrent sans formation de pus. En tout, quatre injections furent faites : 1 cm³ 5 le 31 Janvier, 2 cm³ 5 le 5 Février, 3 centimètres cubes le 12 Février et 1 centimètre cube le 28; la première et la seconde dans le muscle fessier, la troisième et la quatrième au flanc. Le 5 Mars, je pus dire : tout va bien. Du 30 Novembre au 31 Janvier, 33 furoncles avaient fait leur apparition, tandis que le vaccin était administré, après que l'on se fut servi du manganèse colloïdal il n'y en eut que sept, le dernier le 20 Février, trois semaines après le commencement du traitement. L'état général s'améliora une semaine après la 1^{re} injection de manganèse.

2^e Cas. — Le malade était un capitaine d'infanterie sujet à l'acné. Quand la 1^{re} injection de manganèse colloïdal lui fut faite le 13 Mars, il avait passé 4 mois à l'hôpital souffrant de furoncles à la face et d'impétigo contagieux de la même région. Pendant ce temps, on lui avait fait des injections de vaccin et on avait appliqué divers antiseptiques, le tout sans résultat. Une autre injection de manganèse lui fut faite le 16 Mars et une troisième le 19 Mars. A cette date, toutes les lésions avaient disparu.

3^e Cas. — Je vis la malade pour la première fois le 16 Février. Elle souffrait d'un impétigo folliculaire du cuir chevelu qui s'était développé au mois d'Octobre précédent et avait graduellement empiré depuis. Elle se plaignait de grandes douleurs causées par de multiples petits abcès à

assises profondes. Il y avait beaucoup d'œdème et d'enflure des glandes cervicales. Le 18 Février une injection fut faite de 1 cm³ 5 de manganèse colloïdal. Le 22 Février les lésions commençaient à disparaître; il n'y avait plus de douleur et l'état général s'était amélioré. Une seconde injection et une troisième trois jours plus tard furent faites. A cette date, l'amélioration s'était accentuée; aucune autre injection ne fut nécessaire, et le 19 Mars, la guérison était complète.

4^e CAS. — Le malade, un major, vint me voir pour la première fois le 22 février. Il souffrait de 12 larges furoncles indurés siégeant sur les fesses, les cuisses et les aisselles. L'infection avait commencé trois mois auparavant par une éruption scabieuse. Une injection de manganèse colloïdal fut faite dans la fesse. Trois jours plus tard, une seconde injection fut faite, les furoncles décroissaient et l'état général s'améliorait.

Le 1^{er} Mars l'amélioration s'accroissait; tous les petits furoncles étaient rentrés, une large lésion indurée, sous l'aisselle droite était bien moins douloureuse et le bourbillon avait pu être extrait sans difficulté. Une troisième injection fut donnée. Le jour suivant, tous les furoncles avaient disparu, une pustule s'était formée sur la rotule droite. D'autres injections furent faites les 5, 8 et 11 Mars.

Le 14 Mars, le furoncle du genou avait diminué, mais un autre s'était développé sur la cuisse droite. Après trois autres injections, les 18, 12, et 25 Mars, le malade fut guéri.

Le 20 Juillet 1918, dans le *British Medical Journal*, William Hadgood écrit :

En Mars 1917, une fillette de 9 ans fut amenée à la Clinique du Comité d'éducation de Surrey, souffrant d'un eczéma impétigineux du crâne, des sourcils et des oreilles. Le cuir chevelu

était couvert d'une masse de croûtes et il coexistait un impétigo du cou et des épaules. La mère déclara qu'elle était ainsi depuis deux ans, en dépit des traitements subis tant chez elle qu'à l'hôpital. La petite malade fut soignée régulièrement à cette clinique jusqu'en Avril 1918, et quoique les lotions locales qu'on employait produisissent parfois un soulagement temporaire, à la fin de l'année, elle se trouvait dans la même misérable condition.

Une injection de manganèse colloïdal fut administrée le 14 Mai 1918 et deux autres injections furent faites à une semaine d'intervalle chacune.

Le 4 Juin, la peau avait repris son apparence normale pour la première fois, depuis le commencement de l'éruption trois ans auparavant.

La peau ne présente jusqu'à présent aucune trace d'infection nouvelle.

Ces résultats nous ont paru tellement satisfaisants que nous avons à notre tour essayé l'emploi du manganèse colloïdal dans les pyodermites.

Nous nous sommes servi de manganèse colloïdal électrique ou électromanganol, que l'on obtient par la méthode générale de préparation des colloïdes électriques : action de l'arc du courant continu sur le manganèse métal plongeant dans l'eau distillée. Après centrifugation, le colloïde est stabilisé.

Le manganèse colloïdal électrique présente les propriétés générales des colloïdes métalliques vrais.

Son aspect est limpide par transparence et légèrement trouble par réflexion. Il est de couleur brune. Examiné à l'ultra-microscope, il montre une quantité considérable de particules ultra-microscopiques très

régulières, animées d'un mouvement brownien rapide, ce qui en démontre à priori la petitesse.

Ces particules se déplacent vers le pôle positif; c'est donc un colloïde électronégatif.

L'action catalytique qu'il exerce sur la décomposition de l'eau oxygénée est très active et on retrouve dans ce phénomène les propriétés catalytiques très marquées du manganèse, mais avec une intensité plus grande que celle que l'on observe en employant les sels de ce métal.

On la dose à 0 gr. 50 de manganèse par litre. On détermine ce titre en évaporant à sec un volume déterminé de colloïde. Après calcination, on reprend le résidu par de l'acide azotique et on soumet le liquide obtenu, à l'ébullition en présence d'oxyde puce de plomb. La solution d'acide permanganique ainsi obtenue est dosée colorimétriquement par comparaison avec une solution-type.

In vitro, son action sur le staphylocoque est nulle ainsi que le montre l'expérience suivante :

On prépare une émulsion E, d'une culture de staphylocoque sur gélose.

1^{re} série : 4 centimètres cubes de sérum physiologique + V gouttes E.

2^e série : 5 centimètres cubes de bouillon.

On ajoute dans les tubes de chaque série, respectivement 0, 1, 5, 10, 20, 40 gouttes de manganèse colloïdal.

On réensemence les tubes de la 1^{re} série aux temps suivants :

A, après 4 heures d'étuve à 37°.

B, après 7 heures d'étuve à 37°.

C, après 24 heures d'étuve à 37°.

Examen fait au bout de 24 heures d'étuve :

	0	1	5	10	20	40
2 ^e Série.	+	+	+	+	+	+
A	+	+	+	+	+	+
B	+	+	+	+	+	+
C	+	+	+	+	+	+

Indiqué comme non toxique par Ward, le manganèse colloïdal nous a donné chez le lapin les résultats suivants :

1^o Un lapin de 2.470 grammes reçoit par voie intra-veineuse 2 injections de 50 centimètres cubes à 48 heures d'intervalle.

Décès le lendemain.

Dose reçue par kilo d'animal 40 centimètres cubes ou 20 milligrammes de manganèse.

2^o Un lapin de 3.170 grammes reçoit par voie endo-veineuse, 25 centimètres cubes d'électromanganol en une seule injection.

Décès 12 heures après l'injection.

Dose reçue par kilo d'animal 11 centimètres cubes = 5 milligrammes et demi de manganèse.

3^o Un lapin de 1.740 grammes reçoit par voie endo-

veineuse, 30 centimètres cubes de manganèse colloïdal en 3 injections successives.

Décès le lendemain.

Dose reçue par kilo d'animal 8 milligrammes et demi de manganèse.

4° Un lapin de 2.350 grammes reçoit par voie endoveineuse 10 centimètres cubes de manganèse colloïdal en une injection.

Aucun phénomène d'intoxication.

Dose reçue par kilo d'animal 3 centimètres cubes = 1 milligramme et demi de manganèse.

5° Un lapin de 1.250 grammes reçoit par voie endoveineuse en 79 jours 270 centimètres cubes de manganèse colloïdal par doses fractionnées de 9 centimètres cubes. Aucun phénomène d'intoxication; son poids, à la fin de l'expérience est de 2.170 grammes.

Dose reçue par kilo d'animal au départ, 7 centimètres cubes = 3 milligrammes et demi de manganèse.

*
* *

Le manganèse nous apparaît donc comme légèrement toxique, et cette toxicité semble devoir être fixée entre 4 à 5 milligrammes par kilo d'animal.

A part les cas de doses massives mortelles, où l'histologie du foie a montré : 1° des cellules vacuolaires avec granulations, dégénérescence nucléaire et absence de trabécules, 2° des espaces porto-biliaires très altérés et hémorragiques, nous n'avons relevé chez aucun de nos animaux d'expérience de lésions macroscopiques ou microscopiques quelles qu'elles soient.

Nous avons employé le manganèse colloïdal chez quelques malades par voie intra-veineuse dans différents cas de pyodermites et nous avons, ainsi que le montrent les observations que nous publions à la fin de cet ouvrage, obtenu des résultats très satisfaisants dans l'impétigo, l'ecthyma et la furonculose. Nous pensons que cette médication trouvera peut-être sa juste place dans le traitement des strepto et staphylococcies cutanées dans les cas où les pansements et applications de pommade sont difficiles et gênants comme dans le sycosis.

Nous avons d'abord commencé par des doses minimales 1/2 cmc. et avec cette dose nous avons eu des troubles : ascension thermique, malaises, frissons, etc., puis employant des doses plus fortes nous n'avons eu aucune réaction. Nous croyons donc pouvoir fixer la dose optimale chez l'adulte à 2 cmc., soit 1 milligramme de manganèse. On peut avec cette dose continuer les injections tous les 2 jours jusqu'à complète guérison.

Régimes et traitement hydrominéral.

Après ce que nous avons dit de l'étiologie et du traitement des pyodermites, les régimes ne nous apparaissent d'aucune utilité dans ces affections, sauf bien entendu le cas où coexiste la glycosurie où s'impose alors le régime anti-diabétique et celui où une tuberculose associée justifie la suralimentation.

Quant au traitement hydrominéral, si Karlsbad a été

vanté par Wolfenstein, il est hors de doute qu'en France Luchon et Uriage sont des cures excellentes.

Traitement prophylactique et de sûreté.

« L'enfant guéri, il conserve la graine », a écrit Sabouraud. Aussi aura-t-on avantage ainsi que le conseille Gougerot, à surveiller minutieusement l'hygiène des régions prédisposées, on surveillera l'apparition de la moindre pustule, on fera un lavage hebdomadaire au savon soufré de la composition suivante :

Suifre précipité	45 grammes.
Goudron végétal	10 —
Savon mou de potasse	45 —
THIBIERGE.	

On poudrera ensuite avec le talc boraté ou salicylé.

Borate de soude	5 à 10 grammes.
Talc	70 grammes.
Sous nitrate de Bi. . . .	20 à 25 grammes.

Chez le nouveau-né, on évitera la macération de la peau dans les liquides excrétés.

Chez l'adulte, on interdira l'usage du rasoir au cas de sycosis et il ne sera peut-être pas inutile dans certains cas d'isoler complètement un malade plutôt que de le voir être le point de départ d'une véritable épidémie.



OBSERVATIONS

Obs. I (*personnelle*). — Germaine G..., 24 ans, présente le 26 Février 1920 un echtyma des deux avant-bras âgé de huit jours; suite de gale frottée trois semaines avant. Injection intra-veineuse de 1/2 centimètre cube de manganèse colloïdal. Une heure après l'injection, frissons, céphalée, ascension thermique à 39°6.

Le 2 Mars, la lésion est très améliorée; nouvelle injection intra-veineuse de manganèse colloïdal.

Frissons et température à 39°5.

Guérison complète le 4 Mars.

Obs. II (*personnelle*). — Germaine O..., 29 ans, blanchisseuse, amaigrie, teint pâle, acrocyanose des extrémités, pas de lésions pulmonaires à l'auscultation; présente le 5 Mars 1920 un impétigo en placard de cinq à six centimètres de diamètre, siégeant au cuir chevelu dans les régions occipitale et pariétale droites. Cette lésion âgée de six jours n'a été soumise à aucun traitement.

Traitement : injection intra-veineuse de 1/2 centimètre cube de manganèse colloïdal, frissons et ascension thermique une heure après l'injection.

Le 7 Mars, toutes les croûtes sont tombées spontanément injection intra-veineuse de 1/2 centimètre cube de manganèse colloïdal; céphalée, température à 39°6 trois quarts d'heure après.

Guérison complète le 10 Mars.

Obs. III (personnelle). — Hélène B., 26 ans, cuisinière, a eu un érysipèle de la face du 10 au 26 Février 1920 et présente le 16 Mars 3 pustules apparues, dit-elle, deux jours auparavant et siégeant à la partie inférieure de la face externe de la jambe droite.

Injection intra-veineuse de 1/2 centimètre cube de manganèse colloïdal. Aucun malaise, température à 38°4, une heure après.

Le 18 Mars, une nouvelle pustule est apparue au-dessus des précédentes, qui sont affaisées et entourées d'une zone ecchymotique.

Le 20 Mars, 3 nouvelles pustules. Celle apparue l'avant-veille est affaisée et recouverte d'une mince croûte.

Injection intra-veineuse de 1 centimètre cube de manganèse colloïdal, frissons et céphalée 3/4 d'heure après, avec température à 39°5.

Le 22 Mars, persistent seulement les pustules les plus récentes, qui sont d'ailleurs en voie d'extinction. Guérison complète le 25 Mars.

Obs. IV (personnelle). — Marie L., 37 ans, présente le 16 Mars 1920 un impétigo du menton et du pavillon de l'oreille gauche avec eçhtyma de l'omoplate droite. Ces lésions âgées de 1 mois ont été traitées à l'Hôtel-Dieu par diverses pommades.

Traitement : Manganèse colloïdal, 1/2 centimètre cube en injection intra-veineuse, frisson et ascension thermique à 39°8. Le soir, la température est à 38° et le lendemain, elle est redevenue normale.

Le 20 Mars, les lésions sont améliorées, nouvelle injection de 1/2 centimètre cube de manganèse colloïdal par voie endoveineuse. Réaction identique et température à 38°3.

Le 23 Mars 1920, les lésions du menton et du dos sont cicatrisées. Injection intra-veineuse de 1 centimètre cube de manganèse colloïdal suivie d'une élévation thermique à 37°9

30 Mars 1920. Guérison totale, malgré laquelle une dernière injection de manganèse colloïdal de 1 centimètre cube est pratiquée. Aucune réaction, pas d'élévation de la température.

Obs. V (personnelle). — Marguerite R..., 30 ans, a fait de l'infection puerpérale il y a 3 mois et se présente le 16 Mars avec deux petits furoncles de la partie antérieure droite du thorax et un abcès tubéreux de l'aisselle droite.

Ces lésions sont apparues il y a quatre et deux jours.

Injection intra-veineuse d'électromanganol : 1/2 centimètre cube suivie une heure 1/2 après de frissons et de fièvre avec température, 38°3.

Le 17 Mars, l'abcès s'ouvre spontanément.

Le 20 Mars, les furoncles sont apaisés et indolores.

L'abcès axillaire donne issue à un pus assez abondant.

Injection intra-veineuse d'électromanganol, 1/2 centimètre cube et frissons une heure après, température 38°5.

Le 25 Mars, toutes ces lésions sont cicatrisées.

Le 27 Mars, deux nouveaux abcès apparaissent à l'aisselle ainsi qu'un furoncle au voisinage de l'ombilic.

Injection intra-veineuse d'électromanganol, 1 centimètre cube. Nausées, céphalée. Température, 38°2.

1^{er} Avril, les abcès de l'aisselle ont été beaucoup moins douloureux que le premier. Grosse lymphangite et œdème marqué du dos de la main.

Injection intra-veineuse de 1 centimètre cube électromanganol : avant l'injection, température 37°2; une heure 1/2 après 37°9.

Le 3 Avril, ouverture chirurgicale du phlegmon de la main. Issue d'un pus épais assez abondant.

Le 5 Avril, l'articulation de l'épaule se mobilise bien, injection intra-veineuse d'électromanganol, 2 centimètres cubes, très bien supportée; température 37°2.

La guérison est totale le 8 Avril. La malade revue le 5 Mai n'a pas eu de récédive.

Obs. VI (personnelle). — Suzanne M..., 33 ans, est vue pour la 1^{er} fois le 12 Avril 1920. Furonculose âgée de deux mois, furoncles siégeant à la nuque et aux fesses. Plusieurs ont déjà été ouverts au thermocautère. On compte à la fesse droite deux gros furoncles, un à la fesse gauche et deux à la nuque.

Injection intra-veineuse de manganèse colloïdal de 2 centimètres cubes très bien tolérée sans variation de température.

Le 14 Avril, la nuque est moins douloureuse.

Injection intra-veineuse de manganèse colloïdal, 2 centimètres cubes parfaitement supportée.

Le 16 Avril, les lésions sont améliorées. Apparition d'un petit furoncle à la nuque.

Injection de 2 centimètres cubes de manganèse colloïdal sans réaction.

Le 18 Avril et le 20 Avril, nouvelles injections de 2 centimètres cubes de manganèse colloïdal.

La peau a repris son aspect normal le 22 Avril.

Obs. VII (personnelle). — Raymonde V..., 19 ans; vue pour la 1^{er} fois le 7 Avril 1920. Hidrosadénites de l'aisselle gauche, âgées de six semaines : trois pertuis laissent sourdre du pus, un 4^e abcès très douloureux apparu trois jours avant n'est pas ouvert. Lymphangite du bras, impotence fonctionnelle.

Injection intra-veineuse de manganèse colloïdal, 2 centimètres cubes, très bien tolérée, sans ascension thermique.

On répète l'injection les 9 et 11 Avril. A cette date, la douleur est moindre et la lymphangite atténuée.

Le 13 Avril, un des pertuis est fermé.

On renouvelle les injections intra-veineuses de manganèse colloïdal les 15, 17, 19, 22 Avril à la dose de 2 centimètres cubes chaque. Toutes ces injections sont bien supportées et ne sont accompagnées d'aucune variante de température. La guérison est totale le 23 Avril.

CONCLUSIONS

I. — Les pyodermites se sont montrées extrêmement abondantes pendant la guerre, surtout chez les militaires.

II. — Le traitement des pyodermites ne semble pas être suffisamment connu d'une grande masse de praticiens.

III. — Une fois les croûtes enlevées, l'impétigo et l'echtyma guérissent toujours rapidement par le traitement local à l'eau d'Alibour et les pommades aux sels de mercure (oxyde jaune, précipité blanc).

IV. — La médication interne, reconstitutive, n'intervient que de façon secondaire et ne suffit jamais à elle seule dans les pyodermites.

V. — Certains métaux à l'état colloïdal et particulièrement, le manganèse, se montrent efficaces dans les pyodermites (impétigo, echtyma, furonculose).

VI. — Le manganèse colloïdal, qui paraît avoir une certaine toxicité à doses massives est très bien toléré par voie intra-véineuse à doses fragmentées (2 cmc.). Toutefois il est à remarquer que les doses très faibles (un demi-cmc.) déterminent une réaction passagère de l'organisme (élévation thermique, frissons, etc.).



Vu : le Président,
PAUL CARNOT

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Achard et Welter.** — Dermatite pustuleuse des mains, propagée aux lèvres et à la bouche et vraisemblablement d'origine professionnelle. (*Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp.* Paris 1915, p. 132).
- Aschner.** — Ueber eine schnelle und einfache Behandlungs methode der Pyodermatosen insbesondere der Furunkulose. (*München méd. Wochenschrift*, 1917, p. 565).
- d'Astros.** — Les infections cutanées chez le nourrisson. Rapport au IV^e Congrès périodique de gynécologie obstétrique et pédiatrie, Rouen 1904 (*in. Arch. mal. des enfants*, 1905, p. 108).
- Augagneur.** — Etude des néphrites infectieuses survenant au cours des dermatoses pustuleuses. (*Lyon médical*, 1885, T. 49, p. 51).
- Babin.** — Du danger des poux et de la malpropreté chez les enfants des écoles primaires. (*Th. Paris*, 1916-1917).
- Balzer et Griffon.** — Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo staphyloccique. (*Ann. de dermat. et de syph.* 1897, p. 102).
- Bardet.** — L'étain en thérapeutique. (*Bull. génér. de thérapeut.* Paris, 1918, p. 872).
- Baroggi.** — Furonculose. (*Pratique dermatologique*. Tome II).
- Basset.** — Note sur l'efficacité des injections hypodermiques de sérum polyvalent de Leclainche et Vallée dans quelques affections septiques locales (*Rev. de Chirurgie*, Paris, 1918, p. 419).
- Bayet.** — Les affections cutanées à Bruxelles pendant l'occupation allemande. (*Paris médical*, 7 Juin 1919, p. 240).
- Beaudoin.** — Traitement hydrominéral des dermatoses. (*Bull. génér. de thérapeut.* Paris, 1913, p. 721).
- Beauvallet.** — Craw-Craw et dermo-épidermite microbienne. Analogies. Traitement. *Bull. soc. path. exot.* Paris, 1917, p. 137.

- Berger.** — Kombinierte Iodtinktur. Ichtyol Behandlung der Furunkulose. (*Méd. Klin. Berlin.* 1913, p. 1889).
- Bézy.** — L'impétigo à la clinique infantile de la faculté de médecine de Toulouse du 1^{er} Janvier 1891 au 31 Décembre 1892. (*Midi médical*, 1893).
- Blanc et Colombe.** — Pyosepticémie staphylococcique d'origine furonculaireuse. (*Paris médical*, 7 Juin 1919, p. 457).
- Blum.** — L'elaïokoniose folliculaire (bouton d'huile) et les folliculites acnéiformes professionnelles. (*Th. Paris*, 1919).
- Bodin.** — L'impétigo et son traitement. (*Paris médical*, mars 1914, p. 345).
- Bonnot.** — Traitement des furoncles par les pansements glycélinés (*Journ. des Praticiens*, Paris 1916, p. 204).
- L. Brocq.** — (*La Presse médicale*, 1899. Tome I. p. 45).
- (*Traité élém. de dermatologie*, Paris 1907).
- La diminution de la résistance de la peau (*Ann. de dermat. et syph.* Paris 1914-15, p. 529).
- L'influence de la guerre actuelle sur les affect. cutanées. (*Bull. médical Paris* 1916 p. 411).
- Brown.** — A clinical study of some pyogenic lésions observed in France (*Brit. J. Dermat. Lond.* 1917. p. 241).
- Brück.** — Zür Behandlung der Kriegsdermatosen (*München méd. Wochenschrift*, 1915, p. 661).
- Brühl et Michaux.** — Note sur les injections d'étain colloïdal dans le traitement des furunculoses. (*Bull. et mém. soc. méd. hôp. Paris*, 1917, p. 292).
- Burnier.** — Traitement abortif de la furunculose (*Presse médicale*, 2 mai 1918, p. 229).
- Butte.** — Dermites consécutives aux blessures de guerre (dermites eczémateuses, érythrodermies, pyodermes, troubles trophiques cutanés). (*Bull. et mém. soc. méd. hôp. Paris*, 1916, p. 417).
- Carle.** — Trois mois de fonctionnement d'un service de dermatot. et de vénéréol. dans une ambulance d'armée. (*Arch. de méd. et pharm. milit. Paris*, 1916, p. 865).
- Sur l'emploi des antiseptiques dans les infections cutanées. (*Journ. des Praticiens*, Paris, 1916, p. 737).
- Les pyodermes et leur traitement dans une ambulance d'Armée. (*Paris médical*, 1917, p. 376).
- Comby.** — Note sur quelques formes et localisation de l'impétigo chez les enfants. (*Presse médicale*, 1887).
- Cunturieux.** — (*Presse médicale*, 1899. Tome I. p. 234).
- Darier.** — (*Précis de dermatologie*, 2^e édit. Masson, 1919).

- Desaux.** — Contribution à l'étude clinique et bactériol. d'une dermo-épidermite survenant autour des plaies anciennes et des trajets fistuleux. (*Th. Paris*, 1917-1918).
- Deville.** — Traitement des affections dues au staphyloc. et au streptoc. par les vaccins sensibilisés. (*Th. Paris*, 1913-1914).
- Dupuy.** — Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisat. chez l'enfant. (*Th. Paris*, 1890-1891).
- Fage.** — Séquelles de l'impétigo et de l'échtyma. Papillomatose post-impétigineuse. (*Bull. médical de l'Algérie*, 1914, p. 251).
- Faivre.** — L'hyporésistance de la peau dans les armées en campagne. (*Arch. de méd. et pharm. milit. Paris*, 1916 p. 586).
- Ferreira.** — Les applications de fuschine de Ziehl dans le traitement de l'impétigo et des pyodermes. (*Arch. de méd. des enfants Paris*, 1915 p. 425).
- Fouquet.** — L'influence de la guerre actuelle sur les affect. cutanées et vénériennes. (*Bull médical, Paris*, 1916 p. 187).
- Frouin et Grégoire.** — Action de l'étain métallique et de l'oxyde d'étain dans le traitement des affect. à staphyloc. (*Académie des sciences*, 4 mai 1917).
- Gallois.** — Le traitement prophylactique de la furunculose. (*Presse médicale*, Paris, 1913, p. 920).
- Garnikh.** — Traitement de la furunculose par le vaccin anti-staphylococcique, sensibilisé de Besredka. (*Th. Montpellier*, 1915).
- Gaucher.** — Complicat. et diagnostic de l'impétigo. (*Rev. internat. de méd. et de chirurgie*, 1907).
- Gougerot.** — Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës et chroniques. (*Journ des Praticiens*, Paris, 1917, p. 257).
- Diagnostic des épidermites microbiennes psoriasiformes. (*Paris médical*, 9 Février 1918).
- Le Craw-Craw, beaucoup de cas de crawl-crawl ne sont que des dermo-épidermites microbiennes strepto-ulcéreuses. (*Ann. de méd. de Paris*, 1918, p. 10).
- Danger des épidermites microbiennes méconnues ; prophylaxie de l'érysipèle de la furunculose etc., par la destruction des repaires cutanés microbiens. (*Paris médical*, 1918, p. 348).
- Dermo-épidermites microbiennes de guerre. (*Bull. soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1916, p. 14).
- *La Dermatologie en clientèle*, (1 vol. Maloine 1919).
- Guiard.** — De la néphrite dans l'impétigo. (*Th. Paris*, 1907-1908).
- Hadgood.** — (*Bristisk Medical Journal*, 20 Juillet 1918).

- Hérain.** — Le sulfate de cuivre en thérapeutique. (*Presse médicale*, Paris 1918, p. 555).
- Hudelo.** — Traitement de la furunculose par la méthode de Grégoire et Frouin. (*Journ. de méd. de Paris*, 1918, p. 555).
- Hudelo-Montlaur et Drouin.** — Du renforcement de certains médicam. par l'adjonction de lipoides l'étain associé aux colloïdes lipoidiques dans le traitement de la furunculose et des staphylococcies. (*Bull. et mém. soc. méd. des hôp. Paris*, 1918, p. 977).
- Hutinel et Rivet.** — Septicémies graves au cours des affections cutanées des jeunes enfants (*Arch. méd. des enfants*, Janvier 1909).
- Kolb.** — Ueber Pyodermatosen. (*Deutsche med. Wochensch*, 1916, p. 288).
- Jadin.** — Le manganèse dans les eaux minérales françaises. (*Rev. scientif. Paris*, 1917, p. 459).
- Jeanselme.** — Valeur sémiologique de la phthiriasse. (*La médecine*, Novembre 1919).
- Kirk.** — Collosol manganèse in furunculosis and seborrhea. (*Brit. m. j. London*, 1918, p. 377).
- Kromayer.** — Ecthyma. Eine Kriegs Dermatoze. (*Deutsche med. Wochf.*, 1915, p. 592).
- Laurent.** — Impétigo pédiculaire mortel. (*Arch. méd. Toulouse*, Août 1901).
- Lebas.** — L'auto-sérothérapie et l'auto-hématothérapie. Leur action dans quelques affections cutanées. (*Ann. méd. chirurg. du centre Tours*, 1914, p. 98).
- Leclainche et Vallée.** — Traitement spécifique des plaies et infections consécutives. (*Presse médicale*, 2 Avril 1917, p. 187).
- La Fèvre de Arric.** — Action des colloïdes métalliques sur la staphylococcine et la staphylolysine. (*Société de Biologie*, 13 Décembre 1919).
- Lutembacher.** — Endocardite infectieuse secondaire des cardiaques. (*Presse médicale*, 24 Octobre 1918).
- Mac Donagh.** — A new treatment for staphylococcic infections (*Medical Press and circular*, 3 Déc. 1917, p. 431).
- Malcom Morris.** — The treatment of furunculosis and ather deep-seated coccogenic infections by colossol manganèse. (*British méd. Journal*, 20 Avril 1918).
- Marion.** — Sur les affections cutanées dans les corps de troupe. (*Th. Paris*, 1918-1919).
- Mauté.** — Bactériothérapie du furoncle. (*J. des praticiens*, 1909, p. 1212).

- Le vaccin anti-staphylococcique. (*La clinique*, Bruxelles, 1913, p. 715).
- Traitement des streptococcies cutanées par les sels de cuivre en application locale et injections intra-veineuses de cuivre amoniacal. (*Presse médicale*, 22 Juillet, 1918, p. 377).
- Messerschmidt**. — Die Vakzinetherapie der chronischen Furunkulose der Haut. (*Müncher méd. Wochenschrift*, 1914, p. 1441).
- Milian**. — Les dermatoses pendant la guerre. (*Paris médical*, 1916, p. 425).
- Monnamy**. — Les Pyodermites tuberculoïdes. (*Th. Paris*, 1915).
- Morin**. — Furonculose et ion zinc. (*Arch. élect. méd.* Bordeaux, 1916, p. 33).
- Nolf Bossaert et Colard**. — D'une forme particulière d'infection par le staphylocoque. (*Archives médicales Belges*, Paris, Janvier 1918).
- Nordman**. — Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. (*Med. Klinik Berlin*, 1914, p. 291).
- Pérol**. — Sur un nouveau traitement de la furunculose. (*Th. Paris*, 1916-1917).
- Phocas**. — L'action de l'étain métallique et de ses sels dans le traitement des affections staphylococciques. (*Bull. et mém. Société de chirurgie Paris*, 1917, p. 67).
- Pinard**. — La dermatologie et la syphiligraphie dans les bataillons. (*Paris médical*, 1918, p. 45).
- Plaisant**. — Contribution à l'étude des pyodermites chez l'enfant. (*Th. Paris*, 1918-19).
- Ravaut**. — L'importance des traitements internes en dermatologie. (*Presse médicale*, 28 Janvier, 1920, p. 73).
- Ribadeau Dumas et Philippe**. — Pyodermie du nourrisson. (*Le nourrisson Paris*, 1914, 94-97).
- Rivet**. — Néphrite impétigineuse chez l'enfant. (*La clinique*, 1908).
- Sabouraud**. — Pathogénie et traitement de l'impétigo. (*Arch. méd. des enfants*, Janvier 1898).
- Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1900).
- Impétigo. (*in Pratique dermatologique*, T. II).
- Pratique de la vaccination anti-furonculeuse. (*J. médical français Paris*, 1919, p. 108).
- Saurain**. — Complicat. internes de quelques dermatoses. *Th. Paris*, 1897).
- Siruguas**. — Impétigo de la tête et ses complications. (*Th. Paris*, 1881).

- Soresi.** — Le traitement rapide, sans douleur, et sans incision des furoncles par injection d'acide phénique pur. (*Presse médicale Paris*, 1919, p. 154).
- Spillman et Zuber.** — La vaccinothérapie dans le traitement des pyodermites staphylococciques (*Province médicale*, 1918, p. 125).
- Strauss.** — Zür Behandlung der Pyodermatosen der unteren Extremitäten in Felde. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1913, p. 1551).
- Thibierge.** — Sur la fréquence actuelle de la gale. (*Bull. acad. de médecine Paris*, 1917, tome 3, p. 601).
- Vallée et Potvin.** — Traitement de la furunculose et de l'acné par les auto-vaccins anti-staphylococciques. (*Bull. méd. de Québec*, 1917-1918, p. 136).
- Villate.** — Contribution à l'étude des complications rénales de l'impétigo (*Th. Bordeaux*, 1906-1907).
- Ward.** — Manganèse Poisoning. (*Lancet London*, 1918, p. 474).
- Winter.** — Autovakzine Behandlung bei Staphylokokkenener Krankheiten der Haut. (*Dermat. Centralblatt Berlin*, 1913-1914, p. 37).
- (Von) Worinski.** — Pyodermatosen bei der Truppe. (*Müncher med. Wochenschrift*, 1917, p. 1595).
- Wolfenstein.** — Behandlung der Furunkulose. (*Müncher. med. Wochenschrift*, 1917, p. 799).



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Définition des pyodermites	11
Etiologie	13
Types cliniques	19
Impétigo	19
Echtyma	22
Folliculites et périfolliculites	24
Complications des pyodermites	29
Pronostic et diagnostic	31
Traitement	35
Traitement local	35
Traitement général	44
Régime et traitement hydrominéral	60
Traitement prophylactique et de sûreté	61
OBSERVATIONS	62
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

SECRET

Coulommiers.

Imprimerie DESSAINT et C^{ie}.
